

Nr w rejestrze:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Lędzińska 24
43-140 Lędziny

Data wpływu wniosku

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny - INSTYTUCJE¹

1. Dane i informacje wnioskodawcy

PEŁNA NAZWA INSTYTUCJI

.....
.....

TELEFON e-mail:@.....

ADRES:

MIEJSCOWOŚĆ KOD POCZTOWY -

ULICA NR DOMU NR MIESZKANIA

POWIAT: WOJEWÓDZTWO:

2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych wnioskodawcy

Pieczętka imienna i podpis	Pieczętka imienna i podpis
----------------------------	----------------------------

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez wnioskodawcę:

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości:	zł	

¹ Osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, jeżeli prowadzą działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku oraz udokumentują posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.

8. Miejsce realizacji zadania /instalacji sprzętu rehabilitacyjnego/

PEŁNA NAZWA INSTYTUCJI

.....
.....

TELEFON e-mail:@.....

MIEJSCOWOŚĆ KOD POCZTOWY -

ULICA NR DOMU NR MIESZKANIA

POWIAT: WOJEWÓDZTWO:

9. Przewidywane efekty

.....
.....
.....
.....

10. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych i kadrowych w związku z realizacją zadania

1) Informacje dotyczące pomieszczeń, gdzie będzie instalowany sprzęt

.....
.....
.....
.....
.....

2) Informacje o kadrze niezbędnej do obsługi sprzętu

.....
.....
.....

11. Koszty przedsięwzięcia

Koszt ogólny	
Środki własne na realizację zadania	
Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek	
Dotychczasowe źródła finansowania	
Wnioskowana kwota dofinansowania	

12. Planowany czas realizacji zadania

.....

13. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

.....
.....
.....
.....

14. Dodatkowe informacje

1) Cel działania wnioskodawcy, obszar, itp.

.....
.....
.....

2) Informacja o korzystaniu ze środków funduszu i stan rozliczenia

Czy wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie z PFRON					<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Numer umowy i data zawarcia	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło:	
RAZEM		Razem kwota	Rozliczona			

15. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania, w tym:

15.1. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych

Kwota:zł (słownie:złotych)

15.2 Dotychczasowe źródła finansowania zadania

(Należy określić skąd pochodziły środki finansowe na dany cel)

.....
.....

W związku z powyższym w załączeniu przedkładam dokumenty, które potwierdzają dotychczas poniesione nakłady na realizację zadania (źródła finansowania).

16. Oświadczam, że:

- 1) Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
- 2) Zobowiązuję się w ciągu 14 dni poinformować Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.
- 3) Zatrudniam fachową kadrę do obsługi sprzętu, a w przypadku jej braku zobowiązujemy się do jej zatrudnienia.
- 4) Posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
- 5) Prowadzę działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku.

W przypadku gdy, PCPR w Łędzinach poweźmie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, może wezwać wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

17. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej RODO, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, 43-140 Łędziny, ul. Łędzińska 24 informuje, iż:

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie. Przedstawione poniżej informacje przekazujemy aby było wiadomo kto i w jaki sposób przetwarza Pani/Pana dane osobowe.

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie 43-140 Łędziny, ul. Łędzińska 24 , reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
2. Powołałiśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować pisząc na adres e-mail: iod@powiatbl.pl , tel. 32 226 91 74.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).
4. Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
5. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zadań jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa.

Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z powyższą klauzulą informacyjną RODO

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

18. Wymagane załączniki do wniosku:

Lp.	Rodzaj dokumentu	Tak	Nie
1)	Szczegółowy preliminarz (z podziałem na pozycje pokrywane ze środków własnych oraz z Funduszu)		
2)	Udokumentowanie źródeł finansowania (innych)		
3)	Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku		
4)	Kserokopie dokumentów potwierdzających tytuł prawny na podstawie którego działa wnioskodawca		
5)	Kosztorys wstępny (zestawienie) określający części składowe zadania, które ma być dofinansowane.		
6)	Kalkulacja wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego (liczba osób niepełnosprawnych, które objęte będą rehabilitacją, częstotliwość zabiegów itp.)		
7)	Inne dokumenty –regon, NIP itp.		
8)	W przypadku gdy podmiot:		
	- prowadzi działalność gospodarczą do wniosku dołącza się:		
	a) zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,		
	b) oświadczenie o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis,		
	c) oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy,		
	- jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej poza danymi wymienionymi w pkt a),b),c) do wniosku dołącza:		
	a) potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej, informacji o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku.		